

**FORMULARZ OFERTOWY W KONKURSIE OFERT**

**NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ODDZIALE CHIRURGII NACZYNIOWEJ Z PODODDZIAŁEM CHIRURGII OGÓLNEJ W SAMODZIELNYM PUBLICZNYM ZAKŁADZIE OPIEKI ZDROWOTNEJ MSWiA W POZNANIU IM. PROF. LUDWIKA BIERKOWSKIEGO**

**1. Dane oferenta**

Imię i nazwisko .....

telefon..... e-mail.....

adres: .....

NIP ..... REGON.....

Nr prawa wykonywania zawodu.....

Podane powyżej dane są środkami komunikacji, którymi będę się posługiwać w kontakcie z Udzielającym Zamówienia w trakcie prowadzonego konkursu. Wszelkie informacje, oświadczenia lub wezwania kierowane do mnie za pośrednictwem przywołanych wyżej środków komunikacji uznaję za skutecznie złożone przez Udzielającego Zamówienia.

**2. Przedmiot oferty**

**ZAZNACZYĆ WŁAŚCIWE (znakiem X)**

Złożona przeze mnie oferta jest ofertą na

1) udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: Leczenie szpitalne w zakresach:

- Chirurgia naczyniowa – hospitalizacja II poziom referencyjny,
- Chirurgia naczyniowa – hospitalizacja II poziom referencyjny - Q01, Q52, 5.52.01.0001496, 5.53.01.0001435,
- Chirurgia naczyniowa – hospitalizacja II poziom referencyjny - świadczenie udzielane osobom do ukończenia 18. roku życia (świadczenia finansowane odrębnie w PSZ),
- Chirurgia ogólna - hospitalizacja,
- Chirurgia ogólna - hospitalizacja – pakiet onkologiczny,
- Chirurgia ogólna - hospitalizacja - świadczenia udzielane osobom do ukończenia 18. roku życia (świadczenia finansowane odrębnie w PSZ),
- Chirurgia ogólna – Hospitalizacja – Q52,
- Chirurgia ogólna - hospitalizacja - świadczenia diagnostyki i leczenia onkologicznego – poza pakietem onkologicznym

wraz z pełnieniem dyżurów medycznych

- w Oddziale Chirurgii Naczyniowej z Pododdziałem Chirurgii Ogólnej w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej MSWiA w Poznaniu im. prof. Ludwika Bierkowskiego

☐

***(zaznacza oferent składający ofertę na udzielanie świadczeń w określonych wyżej zakresach wraz z pełnieniem dyżurów medycznych)***

- 2) pełnienie dyżurów medycznych w Oddziale Chirurgii Naczyniowej z Pododdziałem Chirurgii Ogólnej w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej MSWiA w Poznaniu im. prof. Ludwika Bierkowskiego

**(zaznacza oferent składający ofertę wyłącznie w zakresie wykonywania dyżurów medycznych)**

- 3) wykonywanie obowiązków Lekarza Kierującego Oddziałem Chirurgii Naczyniowej z Pododdziałem Chirurgii Ogólnej w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej MSWiA w Poznaniu im. prof. Ludwika Bierkowskiego

.....  
Data i podpis

### 3. Cena oferowana

- 1) Cena brutto jaką oferuję za udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: Leczenie szpitalne w zakresach:

- Chirurgia naczyniowa – hospitalizacja II poziom referencyjny,
  - Chirurgia naczyniowa – hospitalizacja II poziom referencyjny - Q01, Q52, 5.52.01.0001496, 5.53.01.0001435,
  - Chirurgia naczyniowa – hospitalizacja II poziom referencyjny - świadczenie udzielane osobom do ukończenia 18. roku życia (świadczenia finansowane odrębnie w PSZ),
  - Chirurgia ogólna - hospitalizacja,
  - Chirurgia ogólna - hospitalizacja – pakiet onkologiczny,
  - Chirurgia ogólna - hospitalizacja - świadczenia udzielane osobom do ukończenia 18. roku życia (świadczenia finansowane odrębnie w PSZ),
  - Chirurgia ogólna – Hospitalizacja – Q52,
  - Chirurgia ogólna - hospitalizacja - świadczenia diagnostyki i leczenia onkologicznego – poza pakietem onkologicznym
- w Oddziale Chirurgii Naczyniowej z Pododdziałem Chirurgii Ogólnej w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej MSWiA w Poznaniu im. prof. Ludwika Bierkowskiego

wynosi ..... % (łącznie do podziału) od wartości świadczeń wykonanych w Oddziale Chirurgii Naczyniowej z Pododdziałem Chirurgii Ogólnej i zatwierdzonej przez NFZ (w ramach ryczału PSZ i poza ryczałem PSZ) - z uwzględnieniem zasad oraz sposobu rozliczeń określonych we wzorze umowy stanowiącym załącznik nr 1 do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert;

- 2) Cena jaką oferuję za pełnienie dyżurów w Oddziale Chirurgii Naczyniowej z Pododdziałem Chirurgii Ogólnej w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej MSWiA w Poznaniu im. prof. Ludwika Bierkowskiego wynosi:

- a) ..... **zł brutto** za 1 godzinę dyżuru realizowanego w dni powszednie od godz. 14:35 do 7:00 dnia następnego oraz w soboty, niedziele i święta od 7:00 do 7:00 dnia następnego,
- b) .....**zł brutto** za 1 godzinę pełnienia dyżuru pod telefonem (poniedziałek-piątek w godzinach 14:35-7:00, oraz w soboty, niedziele i święta od 7:00 do 7:00 dnia następnego z zastrzeżeniem pkt c),
- c) ..... **zł brutto** za 1 godzinę pracy w miejscu udzielania świadczeń w ramach pełnienia dyżuru pod telefonem,

3) Cena brutto jaką oferuję za wykonywanie w jednym miesiącu obowiązywania umowy obowiązków Lekarza Kierującego Oddziałem Chirurgii Naczyniowej z Pododdziałem Chirurgii Ogólnej w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej MSWiA w Poznaniu im. prof. Ludwika Bierkowskiego wynosi ..... Zł.

**4. Tytuły naukowe, zawodowe i doświadczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w rodzaju leczenie szpitalne:**

|                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                   | <b><u>ZAZNACZYĆ WŁAŚCIWE</u></b>                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Tytuł naukowy w zakresie nauk medycznych w</b>                                                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• tytuł doktora nauk medycznych - <b>5 pkt</b>,</li> <li>• tytuł doktora habilitowanego nauk medycznych - <b>10 pkt</b>,</li> <li>• tytuł profesora nauk medycznych - <b>15 pkt</b>.</li> </ul> |
|                                                                                                                   | - <b><u>ZAZNACZYĆ WŁAŚCIWE</u></b>                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Doświadczenie w przedmiocie udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresach objętych przedmiotem postępowania</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• do 5 lat doświadczenia –<b>5 pkt</b>,</li> <li>• powyżej 5 lat do 10 lat doświadczenia – <b>10 pkt</b>,</li> <li>• powyżej 10 lat doświadczenia – <b>15 pkt</b>,</li> </ul>                   |

**5. Okres udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot konkursu:**

Oferuję zawarcie umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale Chirurgii Naczyniowej z Pododdziałem Chirurgii Ogólnej w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej MSWiA w Poznaniu im. prof. Ludwika Bierkowskiego od 1 września 2025 r. do 31 grudnia 2029 r.

.....

Data i podpis

**6. Oświadczenia:**

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia, Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert, wzorem umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale Chirurgii Naczyniowej z Pododdziałem Chirurgii Ogólnej w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej MSWiA w Poznaniu im. prof. Ludwika Bierkowskiego (stanowiącym załącznik nr 1 do SWKO) i akceptuję zawarte w nich postanowienia, nie wnoszę do nich zastrzeżeń oraz posiadam informacje niezbędne do przygotowania oferty.

.....

Data i podpis

Oświadczam, że posiadam uprawnienia niezbędne do realizacji świadczeń stanowiących przedmiot Konkursu ofert oraz dysponuję niezbędną wiedzą i doświadczeniem do wykonywania świadczeń zdrowotnych oraz spełniam określone prawem oraz w treści Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert warunki ich realizacji.

.....

Data i podpis

Oświadczam, że jestem uprawniony do występowania w obrocie prawnym zgodnie z wymaganiami wynikającymi z treści powszechnie obowiązujących przepisów prawnych.

.....

Data i podpis

Oświadczam, że w przypadku dokonania wyboru przez Udzielającego Zamówienia złożonej przeze mnie oferty, zobowiązuję się do zawarcia umowy o treści zgodnej ze wzorem stanowiącym Załącznik nr 1 do SWKO oraz przystąpienia do realizacji świadczeń zdrowotnych.

.....

Data i podpis

Oświadczam, że świadczenia wykonywane będą w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej MSWiA w Poznaniu im. prof. Ludwika Bierkowskiego przy wykorzystaniu aparatury i sprzętu medycznego znajdującego się w posiadaniu Udzielającego Zamówienia.

.....

Data i podpis

Zobowiązuję się do posiadania ważnej umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy wykonywaniu świadczeń zdrowotnych na zasadach określonych w treści obowiązujących przepisów prawnych oraz zgodnie z treścią umowy, której wzór stanowi załącznik nr 1 do SWKO.

.....

Data i podpis

Oświadczam, że nie byłam/em karana/y w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2023 r. poz. 172 oraz z 2022 r. poz. 2600), lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego.

.....

Data i podpis

Oświadczam, że nie jestem pozbawiona/y, ani zawieszona/y w prawach do wykonywania zawodu na mocy prawomocnego wyroku karnego sądu powszechnego ani zawodowego sądu lekarskiego, a w chwili składania niniejszej oferty nie toczy się przeciwko mnie postępowanie przygotowawcze, które mogłoby prowadzić do pozbawienia mnie prawa wykonywania zawodu.

.....

Data i podpis

Ja, niżej podpisana/ny wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w rozumieniu rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony danych osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, w podanym wyżej zakresie przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA im. prof. Ludwika Bierkowskiego w Poznaniu wyłącznie w celu i zakresie niezbędnym do przeprowadzenia Konkursu ofert. Oświadczam, że jestem świadoma/y przysługujących mi praw związanych z przetwarzaniem moich danych osobowych. Żądanie zaprzestania przetwarzania danych osobowych jest równoznaczne z wycofaniem oferty z Konkursu.

.....

Data i podpis osoby wyrażającej zgodę

**ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:**

- Dokument potwierdzający prawo wykonywania zawodu, dokument potwierdzający tytuł naukowy, dyplom lekarza, dyplom specjalizacji,
- Wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.
- Wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG),
- Polisa ubezpieczenia OC,
- Aktualne zaświadczenia lekarza medycyny pracy o zdolności do wykonywania świadczeń objętych umową,
- Opis przebiegu pracy zawodowej wraz z dokumentami potwierdzającymi spełnianie wymagań określonych w SWKO.